



Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
ISSN: 1414-8145
annaneryrevista@gmail.com
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Brasil

Munhen de Pontes, Ana Paula; Garcia Dantas Cesso, Rachel; de Oliveira, Denize Cristina; Tosoli Gomes, Antônio Marcos

O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 13, núm. 3, julio-septiembre, 2009, pp. 500-507

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715325007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

O PRINCÍPIO DE UNIVERSALIDADE DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O QUE PENSAM OS USUÁRIOS?**The principle of universal access to health services:****What do the users think?****El principio de la universalidad de acceso a los servicios de salud:
¿qué piensan los usuarios?**Ana Paula Munhen de Pontes ¹Rachel Garcia Dantas Cesso²Denize Cristina de Oliveira³Antônio Marcos Tosoli Gomes⁴**RESUMO**

Esta pesquisa objetivou analisar a percepção dos usuários sobre o acesso universal aos serviços de saúde no SUS, com vistas a discutir o princípio de universalidade. Estudo qualitativo, desenvolvido em um hospital localizado no Rio de Janeiro, com 24 usuários. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e analisados a partir da técnica de análise de conteúdo. Foram identificadas 1.178 unidades de registro agrupadas em 76 temas, que deram origem a seis categorias: Determinação das dificuldades para o alcance do atendimento no SUS; o atendimento no SUS: efetivação e facilidades; medicações e exames no contexto do SUS; fragilidades no processo de atendimento na concretização do princípio de universalidade; universalização da assistência; e a presença do INAMPS no ideário dos usuários. Como demonstraram os resultados, os usuários têm uma atitude positiva diante do sistema, apesar das diversas dificuldades encontradas, e, ainda, suas práticas são influenciadas pela percepção que têm do acesso.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Política de Saúde. Acesso Universal a Serviços de Saúde**Abstract**

This study aimed to analyze the perception of users about universal access to health services in the SUS, with a view to discussing the principle of universality. Qualitative study, developed in a hospital located in Rio de Janeiro, with 24 users. Data were collected through interviews, and were analyzed by the technical of content analysis. 1178 units of records have been identified and grouped in 76 subjects, which resulted in 06 categories: Determination of the difficulties to the extent of care in the SUS; the attendance in the SUS: effective and facilities; Medications and examinations in the context of the SUS; Weaknesses in the process of care in implementation of the principle of universality; Universalization of the assistance; and the presence of INAMPS in the ideas of the user. As shown by the results, users have a positive attitude ahead of the system, despite the many difficulties encountered, and yet, their practices are influenced by the perception that they have about the access.

Key Words: Single Health System. Health Policy. Qualitative Research. Universal Access To Health Care Services**Resumen**

Este estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de los usuarios sobre el acceso universal a los servicios de salud en el SUS, con miras a discutir el principio de universalidad. Estudio cualitativo, desarrollado en un hospital ubicado en Río de Janeiro-Brasil, con 24 usuarios. Los datos fueron colectados por medio de la técnica de entrevista y analizados a partir de los análisis de contenido. Fueron identificados 1178 unidades de registro agrupadas en 76 temas que dieron origen a 06 categorías: Determinación de las dificultades en alcanzar atención en el SUS; la atención en el Sistema Único de Salud: efectividad y facilidad; medicamentos y exámenes en el marco del SUS; deficiencias en el proceso de atención a la aplicación del principio de universalidad, la universalización de la asistencia, y la presencia de INAMPS en los pensamientos de los usuarios del SUS. Como demuestran los resultados, los usuarios tienen una actitud positiva frente al sistema, a pesar de las diversas dificultades enfrentadas. Es evidente también que sus prácticas se ven influidas por la percepción que tienen del acceso.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Política de Salud. Investigación Cualitativa. Acceso Universal a Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

Esta proposta de pesquisa está centrada na temática do conhecimento e das percepções dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos seus usuários. Resultou de monografia de conclusão de curso de graduação e das atividades desenvolvidas como bolsista de iniciação científica, fazendo parte, portanto, do projeto integrado: As Políticas Municipais de Saúde no Contexto do SUS: Memórias e Representações das Instituições dos Profissionais e dos Usuários na Cidade do Rio de Janeiro.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988¹ e regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90 relativas à participação da população nos serviços². A Lei Orgânica da Saúde (8080/90), que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, refere-se aos princípios e às diretrizes do SUS. Segundo esse aparato jurídico, as ações e os serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo a princípios ético-doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social)^{1,2}.

O princípio de universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado¹. Neste sentido, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento à toda população brasileira³. A integralidade caracteriza-se como princípio que atribui à população o direito de atendimento de forma plena em função das suas necessidades, pela articulação de ações curativas e preventivas nos três níveis de assistência². Já por meio da equidade objetiva-se diminuir as diferenças sociais, proporcionando atendimento desigual para necessidades desiguais, caracterizado como o princípio de justiça social⁴.

Destaca-se que o princípio de equidade se caracteriza como um desdobramento da ideia de universalidade, assegurando a consideração das diferenças entre os diversos grupos de indivíduos e, assim, alocando recursos onde as carências são maiores, a partir de uma característica redistributiva^{4,5}. Por meio do princípio da equidade objetiva-se diminuir as desigualdades, porém não significa que seja sinônimo de igualdade, pois apesar de todos terem direito de acesso aos serviços, independente de cor, raça ou religião e sem nenhum tipo de privilégio, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas.

Com a instituição do princípio de universalidade, todas as pessoas passaram a ter direito ao acesso às ações e serviços de saúde, antes restritos aos indivíduos segurados à previdência social ou àqueles que eram atendidos na rede privada. Essa ampliação da cobertura instituída pelo SUS, no que se refere ao seu financiamento, foi regulada nos termos da Constituição

art. 195, que assevera que “a seguridade social será financiada por toda a sociedade de forma indireta, (...) mediante recursos provenientes dos orçamentos da união, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, (...) da contribuição social dos empregadores e de trabalhadores e sobre a receita de concursos de prognósticos”, o que implica que a sociedade e os trabalhadores participem do financiamento das ações e serviços do SUS, mesmo que de forma indireta.

A implicação social que o tema possui e a consideração da contribuição deste estudo para a melhoria da qualidade da assistência para os usuários do SUS, perseguindo-se o desenvolvimento de uma prática mais humanizada exercida pelos profissionais de saúde, na medida que passem a conhecer o que pensam os usuários, constituem-se como suas principais relevâncias. Considera-se, ainda, importante para a área de pesquisa fortalecer os estudos sobre o SUS na perspectiva dos usuários, com vistas a explicitar as percepções, vivências, experiências e representações daqueles que são atendidos no interior do sistema.

Em função do exposto, delimitou-se como objetivo deste estudo analisar as percepções dos usuários de uma instituição hospitalar sobre o acesso universal aos serviços de saúde no SUS, com vistas a discutir o princípio de universalidade previsto na legislação que rege o sistema de saúde brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com orientação metodológica qualitativa, que busca conhecer os significados e as representações, enquanto expressão do conhecimento social, estudados a partir do discurso⁶.

Os dados utilizados nesta pesquisa foram coletados em um hospital federal geral de grande porte, localizado na cidade do Rio de Janeiro, que presta atendimento em diversas especialidades ambulatoriais e de internação, como clínica médica, cirurgia geral, cardiologia, nefrologia e neurologia, entre outros. Este campo apresenta particularidades de funcionamento que foram relevantes para sua escolha, que são: ter sido constituído há mais de 20 anos, de modo a ter construído uma história e memórias de prestação de assistência dentro do sistema de saúde anterior e atual no município; ser de fácil acesso à população, o que possibilita a sua utilização por sujeitos moradores de diversas regiões do município.

Os sujeitos do estudo foram 24 usuários, escolhidos a partir dos seguintes critérios de inclusão: faixa etária a partir dos 40 anos, de modo que tenham tido experiências como usuários dos serviços de saúde antes de 1990 e em uma faixa etária considerada como período crítico para a constituição da memória⁷; encontrar-se em processo de atendimento no campo escolhido, sendo, portanto, usuários da instituição de estudo; clientes em atendimento nos serviços de ambulatório e internação; aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: estar sendo atendido nos setores de

emergência, maternidade, pediatria, neonatologia e clínica cirúrgica e não aceitar participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2005 a março de 2006, sendo utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, orientada por roteiro temático. Na análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática para os dados obtidos por meio das entrevistas.

A análise de conteúdo consiste em um processo pelo qual o material empírico é transformado sistematicamente e agregado em unidades menores, as quais permitem uma descrição mais próxima das características pertinentes ao conteúdo do texto. De acordo com os pressupostos desta análise⁸, o tipo de unidades de registro (URs) utilizado neste estudo foi o tema, definido como uma regra de recorte do texto orientada pelo sentido, e não pela forma, representada por palavras, frases ou parágrafos. Feita a seleção das URs, foram construídas as unidades de contexto, que dimensionam o significado das unidades de registro. Com a aplicação das regras de contagem, surgiram as categorias, que foram escolhidas considerando-se sua importância quantitativa e qualitativa para o objeto estudado⁸.

Foram respeitados os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, por meio da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, expresso no protocolo nº. 006/2005, e da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Serão apresentadas as categorias construídas a partir dos depoimentos dos sujeitos. Foram analisadas 24 entrevistas, sendo identificadas 1.178 URs, distribuídas em 78 temas. Este conjunto de dados deu origem a 6 categorias, que por sua vez foram divididas em 14 subcategorias.

Essas categorias expressam o foco de interesse e os posicionamentos dos usuários estudados diante da legislação de acesso universal e as restrições colocadas pela própria dinâmica do atendimento e sua burocratização. Será descrita e discutida cada uma das categorias, buscando inferir as percepções dos sujeitos sobre a universalidade.

Determinação das dificuldades para o alcance do atendimento no SUS e suas consequências

Esta categoria representa 35,3% do total de URs (416), sendo a maior categoria derivada da análise, e foi composta por 3 subcategorias, que contemplam 26 temas, quais sejam: *excesso de pessoas dificultando o atendimento; deficiência dos serviços do SUS; e consequências das dificuldades encontradas pelos usuários no SUS.*

Nesta categoria, sobressai a insatisfação dos usuários com relação ao tempo exigido para o acesso aos serviços oferecidos pelo SUS, que se expressa na demora para conseguir os atendimentos, na necessidade de buscar atendimentos em

serviços distantes da residência, nas dificuldades relacionadas aos recursos humanos e materiais e, ainda, no questionamento da efetividade das ações de referência e de contrarreferência desenvolvidas. Essa demora é explicada a partir de uma lógica simples de causalidade, como resultado do excesso de pessoas e de demandas, dificultando o atendimento.

Pode-se observar a percepção dos usuários sobre essas dificuldades nas seguintes URs:

Minha esposa também estava muito doente, levava ela para o hospital e não atendiam direito; entrava na fila, ficava o dia todo na fila e não era atendida. (E11)

Tem que ter muita paciência, muita paciência, acordar de madrugada. Então tem que ser muito paciente e querer o melhor para si. (E01)

A gente multiplicou mais de cinquenta vezes, o povo multiplicou, então tudo isso traz qualidade ruim no atendimento. (E10)

A “fila” como condição para obter atendimento de saúde apresentou-se como uma imagem destacada na percepção do senso comum, quando se aborda a universalidade do acesso no âmbito do sistema. Colocou-se, portanto, como barreira a ser vencida para que o atendimento se concretize, na qual a espera (dimensão temporal), a demanda a ser resolvida (dimensão existencial) e a solução - ou não - do problema (dimensão resolutiva) se misturam na representação do próprio sistema, com resultados nem sempre garantidos.

Os sujeitos explicam a situação de sobrecarga de atendimento a partir de uma percepção que desconsidera os sistemas de gestão dos serviços de saúde e, portanto, da sua demanda. Ou seja, o aumento do contingente de pessoas a ser atendido é tratado como um desafio a ser enfrentado individualmente, por cada um, inclusive os próprios usuários, que precisam dar a sua contribuição para a superação dessa situação, percebida neste estudo como normal. Este tipo de percepção justifica a utilização do termo “paciência” no exemplo acima, sem qualquer questionamento da necessidade da tal “fila” ou responsabilização pela sua existência, embora transpareça certo grau de insatisfação.

Na análise das deficiências apresentadas pelos serviços de saúde, realizada pelos seus usuários, destacam-se: a má qualidade geral dos serviços, a falta de resolutividade das ações e a falta de profissionais e de materiais para a efetivação do atendimento, conforme URs abaixo:

É precário. O SUS é precário, é muito precário. (E06)

Eu fui operar lá no Hospital da Lagoa, cheguei lá e o hospital estava todo quebrado, os aparelhos todos quebrados, o médico falou para mim: não posso te operar aqui... (E11)

A qualidade dos serviços prestados pelo SUS é caracterizada como precária pela maior parte dos depoentes, dificultando o alcance do atendimento ou a resolução das demandas apresentadas. A precariedade dos serviços do SUS se concretiza nas filas, no atendimento desumanizado, na presença de pacientes sendo atendidos nos corredores e nos consecutivos períodos de greves do funcionalismo público, entre outras coisas³.

Destaca-se a importância de o sistema local de saúde tornar-se capaz de oferecer respostas efetivas às pessoas que buscam os serviços públicos de saúde, proporcionando a resolutividade necessária na vigência dos agravos⁹. Neste sentido, é imprescindível articular atividades de saúde coletiva com ações de assistência clínica nos serviços de atenção básica, bem como estabelecer esses serviços como porta de entrada dos sistemas locais de saúde, conforme previsto na legislação pertinente.

Observa-se que, apesar de cada serviço de saúde ter uma área de abrangência delimitada no município, isto é, ser responsável pela saúde de uma parcela definida da população, os usuários ressaltam a necessidade de buscar atendimentos mais complexos e de qualidade longe da sua residência, uma vez que, na localidade onde vivem, o serviço não atende às necessidades da população local ou não é oferecido, o que acarreta a peregrinação por vários hospitais até conseguir o atendimento desejado. Isso gera desconforto, deslocamentos e gastos para a sua concretização.

As consequências das dificuldades encontradas nos serviços do SUS são identificadas pelos usuários como falta ou dificuldade de acesso aos hospitais públicos, não efetivação dos sistemas de referência e contrarreferência e, também, na morte como consequência final dessa impossibilidade de concretizar o atendimento pretendido.

É tendo encaminhamento é isso, vai, mas tem uns que não aceitam, outros dizem que não aceitam, que tem que procurar outros hospitais. Aí fica um jogo de empurra-empurra. (E18)

Quantas pessoas morreram ano passado por causa de ficar na fila e chegar e não conseguir porque morre, porque fica doente ali mesmo, ali cai, ali fica, é uma coisa muito, muito difícil de entender. (E16)

Apesar de a universalidade implicar, entre outros aspectos, o acesso aos serviços de saúde, as informações necessárias, a manutenção de um equilíbrio físico e mental saudável e as ações de promoção à saúde, quer sejam individuais ou coletivas, a prática dos serviços percebida pela população usuária parece não se configurar da mesma forma.

Sabe-se que, quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde, maiores serão sua eficiência e a eficácia. Apesar disso, alguns

usuários, ao serem questionados sobre os encaminhamentos, verbalizaram acerca das dificuldades encontradas para conseguir atendimento, mesmo sendo encaminhados por outro serviço, o que na prática significa a negação de um dos principais mecanismos de suporte do sistema. Essa dificuldade para a efetivação do sistema de referência e contrarreferência constitui-se em uma deficiência importante no contexto do SUS, uma vez que este se configura como peça fundamental para o alcance de determinados princípios e diretrizes, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a regionalização e a hierarquização, pois sem o funcionamento adequado deste sistema não há garantia de continuidade da assistência.

O atendimento no Sistema Único de Saúde: efetivação e facilidades

Essa foi a segunda categoria mais representativa da análise em termos quantitativos, contemplando 16 temas e 271 URs (23%). Foi formada por 2 subcategorias, quais sejam: *o alcance do atendimento no SUS sob diversas facetas; e elementos facilitadores para o alcance do atendimento no SUS*.

O acesso se concretiza pela efetivação de diversas ações e serviços de saúde, sendo destacados pelos usuários os elementos que o facilitam, traduzidos em: utilização de serviços de alta complexidade; conseguir atendimento ao procurar o SUS; e, ainda, na satisfação com o atendimento recebido. Essa atitude positiva perante o sistema é resultante da efetivação da assistência e da concretização do acesso e pode ser observada nos seguintes depoimentos:

Se não fosse ele [SUS], eu não teria condições de fazer esse transplante que eu fiz. (E 09)

Todas as vezes que precisei fui muito feliz, tive um bom atendimento (E12)

A instituição do SUS possibilitou a oferta de serviços para uma parcela da população que encontraria grandes dificuldades para ter acesso a ações de saúde de maior complexidade. Isso contribui para uma satisfação dos cidadãos, conforme exposto acima. Neste sentido, os entrevistados fazem menção ao alcance dos serviços de alta complexidade, como hemodiálises e transplantes, e atribuem ao sistema o oferecimento de tratamentos dispendiosos que antes não eram acessíveis à população.

Na análise dos elementos facilitadores do atendimento, citados pelos sujeitos, encontram-se o sistema de referência, a fé e a sorte. Como pode ser observado a seguir:

Existe [encaminhamento], porque eu já peguei encaminhamento daqui para outro lugar e fui bem atendida (E 15)

Você não consegue marcar uma consulta se não tem encaminhamento (E05)

Deus ajuda a gente, e a gente consegue um bom atendimento. (E 12)

Dessa vez agora eu dei sorte, eu vim e consegui (E 04)

As ações de referência dos serviços se caracterizam para alguns usuários como facilitadores do acesso. Assim, deduz-se que a consolidação deste mecanismo possibilitou um avanço importante dentro do SUS, no que diz respeito ao acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde. O princípio de hierarquização visa garantir o acesso aos serviços que componham toda a complexidade requerida pela saúde e implica uma definição dos níveis de atenção. Este princípio pressupõe a unidade básica de saúde como porta de entrada do sistema e os outros serviços hierarquizados a partir dela⁴.

O sistema de referência e contrarreferência implica um fluxo formal de encaminhamentos e o retorno à unidade de origem⁴, sendo que apenas o primeiro é identificado pelos usuários. Ressalta-se a inexistência de alusão à contrarreferência, o que sugere uma baixa efetividade no funcionamento desse sistema; ou seja, os clientes são incorporados aos serviços novos, mas não são retroagidos aos serviços de origem para a continuidade da atenção integral.

Como facilitador do acesso, emerge, ainda, a afirmação da fé e do divino, amparada em uma convicção depositada em algo ou alguém¹⁰. Observa-se que os entrevistados creem que o fato de serem atendidos possui uma relação direta com o divino ou com a sorte, sugerindo uma falta de credibilidade na institucionalização do SUS. Os usuários atribuem o atendimento das suas demandas/necessidades, e até mesmo a qualificação deste, a entidades externas - Deus e sorte, ambos elementos imponderáveis para o homem e acima do seu controle, e não a um direito que lhes é garantido por lei, ou seja, uma ação humana e tangível.

Medicações e exames no contexto do SUS: expectativas, conquistas e dificuldades

Essa categoria foi formada por 2 subcategorias, que são: *dificuldades para conseguir medicações e exames; e facilidades para conseguir medicações e exames*. Estas subcategorias contemplam 8 temas e totalizam 138 Unidades de Registro (11,72%). Em seu contexto, foi possível observar as dificuldades e as facilidades de acesso aos medicamentos e aos exames, dentro do sistema de saúde brasileiro. É notório que, dentre as diretrizes do Sistema, o princípio da universalidade tornou possível o acesso às medicações por a toda população.

De acordo com o artigo 299, incluso na Constituição Estadual, a assistência farmacêutica faz parte da assistência global à saúde, e as suas ações correspondentes devem ser integradas ao SUS, garantindo-se o direito de acesso de toda a população aos medicamentos básicos, que constem de listas padronizadas ou sejam considerados essenciais¹¹. Neste sentido, uma vez que os entrevistados reconhecem o serviço como universal, possuem expectativas de conseguir todas as medicações necessárias no SUS, além de ressaltarem que o

acesso às medicações é uma realidade dentro do serviço, como pode ser observado nas seguintes falas:

[Espero] que o governo dê autorização; se ele permitir remédios, a população vai ficar tranquila, quanto mais para estas crianças. (E 15)

Hoje [no SUS] é até mais fácil conseguir remédios. (E 09)

Hoje vai até remédio em casa. A gente precisando, o posto manda. (E 04)

Das citações acima, é possível inferir que o grupo estudado possui um conhecimento dos seus direitos, uma vez que reconhece ser dever do governo garantir o acesso a medicamentos à população. Com a implantação do SUS, houve uma ampliação na distribuição de fármacos, o que acarretou uma maior facilidade de alcance dos mesmos.

O acesso a medicamentos se tornou uma realidade para muitos cidadãos, e, além deste fato, alguns os recebem em sua residência com o projeto Remédio em Casa, facilitando o seu tratamento e a adesão ao esquema terapêutico instituído¹². A disponibilidade do uso contínuo de medicação é condição indispensável para a adesão ao tratamento de algumas doenças e para o bom controle clínico individual, bem como necessário para se alcançar um impacto na morbidade e na mortalidade de doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares e as cerebrovasculares.

Entretanto, muitas vezes, a população encontra alguns obstáculos para conseguir estes medicamentos. Assim, o direito de acesso aos medicamentos nem sempre é respeitado, pois sua disponibilidade total ainda não é uma realidade, dificultando o tratamento adequado do paciente.

Eu ligo para a farmácia, ou procuro, nunca tem a medicação (E20).

Assim como a garantia de acesso a medicações está respaldada nas leis que embasam o SUS, o direito a exames laboratoriais para todos os cidadãos também o está. Os entrevistados confirmam o acesso à realização de exames no SUS ao afirmarem que conseguem realizar todos os tipos necessários ao seu atendimento. Neste contexto, os avanços tecnológicos e de medicamentos da atualidade vêm possibilitando o aumento das chances de sobrevivência e de melhoria da qualidade de vida para muitas pessoas¹³.

[Exame] tenho encontrado bastante. Realmente tenho encontrado. Posso dizer com certeza que tenho encontrado bastante. Fiz exame de sangue, de hormônio, tudo pelo SUS (E 23)

No entanto, nem todos os usuários conseguem realizar exames, o que destaca uma fragilidade dentro do serviço caracterizada pela desigualdade no alcance de ações

Nunca tinha os exames que eu precisava fazer (...) o doppler das pernas, mas não tem aqui; aqui não faz, vai para onde; aí eu ia, aqui não faz. (E 24)

Alguns usuários expõem que não conseguem realizar exames no SUS, sugerindo grande variabilidade na oferta das ações dentro do sistema. A universalização do acesso aos serviços de saúde recomendada pela Constituição de 1988¹ significou uma ampliação da cobertura que possibilitou a redistribuição da oferta de serviços de saúde a todos os membros da sociedade. No entanto, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados no sentido de possibilitar melhor distribuição regional dos recursos a todos os brasileiros, bem como o seu gerenciamento adequado¹³.

Ressalta-se que os sujeitos possuem uma percepção do sistema de saúde contraditória, em que se observa a presença de posicionamentos negativos e positivos. Esta tensão entre a negatividade e a positividade é fruto, além das dificuldades próprias do atendimento, de informações difundidas pela mídia – nem sempre disseminadoras dos fatos com a imparcialidade necessária –, de experiências com instituições e profissionais em situações de fragilidade e de representações negativas construídas coletivamente nas conversas cotidianas¹⁴.

Fragilidades do processo de atendimento na concretização do princípio de universalidade

Esta categoria apresenta 137 unidades de registro (11,63%) e foi formada por 2 subcategorias, quais sejam: *desigualdades no contexto do SUS e desigualdades na relação público e privado*. Nesta categoria foi possível identificar a percepção dos usuários no que diz respeito às fragilidades encontradas no SUS relacionadas com o princípio de universalidade. Nela, encontram-se as desigualdades percebidas pelos sujeitos para a concretização do acesso aos serviços por situações vivenciadas pessoalmente ou observadas, como os atendimentos intermediados por profissionais de saúde, facilitando o acesso de uns em detrimento de outros, e a questão social, em que ricos e pobres recebem tratamentos diferentes dentro do sistema. A categoria aborda, ainda, as diferenças de atendimento entre a rede pública e a privada.

O posicionamento dos sujeitos com relação às disparidades existentes dentro do sistema é exemplificado a partir das seguintes falas:

A cirurgia plástica, por exemplo, é uma clínica de luxo, da elite; pobre não tem acesso a ela. (E 17)

Agora que o médico prometeu que vai me operar, estou esperando. (E 11)

A não ser que você tenha um conhecimento dentro do hospital, ou do PAM mesmo, então fica até mais fácil da você conseguir alguma coisa. (E 14)

A equidade apresenta forte relação com o princípio de universalidade. Com isso, é possível inferir que a concretização deste princípio está representada pela promoção do acesso da população a todas as ações e serviços de saúde das instituições públicas e conveniadas, independente da condição social ou do vínculo previdenciário¹¹. O usuário se reporta a um tratamento desigual que não é mediado pelas necessidades dos indivíduos, mas sim pela questão social em sua dimensão de segregação e iniquidade.

Pelo princípio de universalidade, o indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços públicos de saúde, bem como àqueles conveniados em todos os níveis de assistência, livre de privilégios ou preconceitos. No entanto, os usuários se referem ao alcance do atendimento intermediado pelo profissional de saúde e/ou ao conhecimento, o que pode ser caracterizado como privilégio com a consequente associação do acesso a um sujeito individual (o profissional), e não à estrutura e à organização do sistema em si.

Ao caracterizar a equidade como igualdade de oportunidades entre as pessoas, levando-se em consideração o contexto em que elas vivem, comprehende-se que este princípio está ligado às necessidades da população e ao atendimento das demandas existentes no seu cotidiano, que se configura basicamente através do acesso¹⁵. No entanto, percebe-se pelas falas dos sujeitos que existem diversas situações que ultrapassam as leis e são responsáveis pela garantia de acesso da população aos serviços e às ações de saúde, sem levar em consideração a “igualdade de oportunidades”, uma vez que tais situações acabam por privilegiar uns usuários e prejudicar outros.

Universalização da assistência: a saúde reconhecida como direito de todos e dever do Estado

Esta categoria é formada por 3 subcategorias que estão distribuídas da seguinte maneira: *universalidade no SUS, esperança de atendimento no SUS e saúde como obrigação do Estado*, totalizando 154 URs, que representam 13% do total. Nesta categoria foi possível perceber que os usuários reconhecem a filosofia básica presente nas leis do SUS, já que afirmam que a saúde é um dever do Estado e direito de todo cidadão, bem como reconhecem a gratuidade dos serviços e o acesso universal.

O SUS, baseado na integralidade, equidade e universalidade, se concretizou a partir das transformações ocorridas na assistência à saúde em busca de um sistema pautado na universalidade e com ênfase na atenção básica¹⁶. De acordo com a lei 8080/90², o princípio de universalidade é entendido como a garantia de todo cidadão, trabalhador ou não, ao direito de acesso aos serviços públicos de saúde ou, quando estes se encontram inexistentes, aos conveniados complementares ao SUS. Ao lado do reconhecimento da saúde como direito de todos, os entrevistados também reconhecem a obrigação do Estado em fornecer

Observa-se, nas seguintes falas, a percepção do usuário sobre o direito de ter acesso aos serviços e ações de saúde:

A saúde é um direito de todos. Não tem esse negócio de quem paga INPS, de quem não paga INPS (...) todo mundo tem que ser tratado. (E06)

[A saúde] é uma obrigação do Estado mesmo. Com certeza! Para toda a população. (E 15)

[A saúde como obrigação do Estado] É uma obrigação deles. Nós sabemos disso, mas às vezes, fica um pouco precária em certa área, em certo local. (E 07)

Destaca-se o reconhecimento de que o direito a utilizar os serviços de saúde do SUS é garantido tanto para pessoas que tem vínculo empregatício formal quanto para aqueles que não têm, apontando para a nova lógica inaugurada pela Constituição Federal do Brasil de 1988 e efetivada pela lei 8080/90^{1,2}. Ou seja, o reconhecimento de que a saúde é um direito de todos os indivíduos, trabalhadores ou não, implicando a noção do conceito igualitário de saúde.

O Estado é visto como o ente responsável em prover a saúde da população, ao utilizar a palavra obrigação em seu discurso. O Estado, para os entrevistados, tem não só a competência legal, mas a incumbência de fornecer saúde. Ao lado do reconhecimento de saúde como dever do Estado, por parte dos usuários, alguns destacam que este direito não é respeitado, uma vez que os serviços de saúde são oferecidos de modo insuficiente ou ineficaz. Destaca-se que o SUS é um sistema em construção, com vistas à democratização da saúde e ao direito de acesso universal aos serviços e possui como grande desafio disponibilizar um atendimento universal e integral a todos os cidadãos³.

A presença do INAMPS no ideário dos usuários do SUS

Essa categoria contém 63 unidades de registro (5,26%) e foi formada por 2 subcategorias, quais sejam: *facilidades encontradas no INAMPS e dificuldades encontradas no INAMPS*. Para melhor entendimento desta categoria, vale lembrar que, em 1977, ocorreu a reestruturação da Previdência Social, surgindo o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Essa reestruturação teve como marco a necessidade política de expansão do atendimento hospitalar, constituído fundamentalmente à época pelo complexo hospitalar privado, oriundo do milagre econômico que emergiu da entrada de capital estrangeiro nos cofres públicos do país¹⁷.

Os usuários se reportam às facilidades e às dificuldades encontradas no INAMPS a partir das memórias acerca desse sistema de saúde. Observam-se, também, opiniões divergentes sobre o alcance de medicações e exames no interior do antigo sistema.

[INAMPS] eu tinha mais facilidade do que hoje em dia. Muito mais. (E 05)

Naquela época não existia ainda tomografia computadorizada, nem ressonância magnética, pelo menos disponível ao povo não existia. (E 17)

Antigamente você tinha que comprar quase todos os remédios que não tinham. (E 10)

Antes [INAMPS] era melhor, tinha remédio à vontade. (E 01)

[No INAMPS] encontrava exames com muito mais facilidade. (E 08)

O acesso aos serviços de saúde do INAMPS é referido de forma comparativa com o sistema de saúde atual, especialmente na referência à existência de maior facilidade para obter atendimento de saúde. A facilidade referida acima pode estar relacionada com algumas características existentes à época, como o atendimento direcionado para um público restrito e previamente selecionado e a não utilização maciça, por parte das instituições de saúde, de tecnologias pesadas no processo de atenção à população.

Entendendo o INAMPS como um sistema excludente para uma parcela da população, é cabível que existam diferentes percepções com relação ao alcance dos serviços e ações de saúde naquele sistema, pois para alguns existia a facilidade do acesso proporcionada pela contribuição previdenciária, enquanto para outros muitas barreiras se faziam presentes. Com relação à atividade laboral, percebe-se que os sujeitos ressaltam a necessidade de ter um emprego formal para que fosse garantido o atendimento no INAMPS:

Eu sei que meu marido trabalhava, eu tinha direito, então eu ia. [Meu marido] trabalhava [de] carteira assinada. (E 05)

Era para quem trabalhava, eu acho que só pra quem trabalhava, e agora não, abriu esse direito de quem não trabalha (E 24)

A diferença entre os dois sistemas, para os sujeitos, reside na garantida de utilização das ações e dos serviços em saúde, uma vez que, nos sistemas anteriores, apenas os indivíduos que trabalhavam na economia formal e seus dependentes tinham este direito¹⁸. Ou seja, os sujeitos reconhecem que a atenção à saúde não possuía um caráter universal, como ocorre com o atual sistema.

A partir das discussões levantadas, foi possível perceber que os sujeitos possuem memórias do atendimento anterior ao SUS, que algumas vezes idealizam o passado e, em sua maioria, têm consciência das transformações ocorridas no setor saúde a partir da década de 1990, principalmente com relação aos direitos ampliados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após toda a análise dos dados neste trabalho, foi possível perceber que os usuários, apesar de não se referirem claramente às leis do SUS, as conhecem, principalmente o princípio de universalidade, o qual se faz largamente presente e incorporado aos seus discursos. No que diz respeito a este princípio, torna-se evidente que os usuários reconhecem a sua importância, uma vez que verbalizam ser a saúde um direito de todos e dever do Estado, o que caracteriza o atual sistema como democrático e de caráter igualitário diante da população.

Foi possível verificar a existência de uma atitude positiva diante do SUS, a partir das reiteradas referências às facilidades encontradas dentro do sistema para o acesso a diversos tipos de serviços, desde os básicos, como atendimento médico, exames e medicamentos, até o acesso a recursos de alta complexidade, como transplantes e medicamentos mais específicos. Apesar das facilidades de acesso pontuadas, são também identificadas dificuldades, como o excesso de pessoas para serem atendidas e o sucateamento das unidades de saúde, objetivadas na imagem de "filas" e na "necessidade de chegar de madrugada para obter o serviço".

REFERÊNCIAS

- 1 Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Seção II. Da Saúde. Arts 196-200.
2. Ministério da Saúde (BR). Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2^a ed. Brasília (DF); 2006.
3. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1999.
4. Cunha JPP, Cunha RRE. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM, organizadores. Cadernos de saúde I. Planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte(MG): Coopmed; 1998. p. 11-26.
5. Pereira, AC, Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre (RS): Atmed; 2003. p. 28-49.
6. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saude Publica. [on-line] 1993 [citado 07 maio 2006]; 9(3): 239-262. Disponível em: www.scielo.com.br
7. Sá CP . As memórias da memória social. In: Celso Pereira de Sá. organizador. Memória, imaginário e representações sociais. Rio de Janeiro (RJ): Museu da República; 2005. p. 63-86.
8. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm UERJ 2008; 16(4): 569-76.
9. Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev Esc Enferm USP 1999; 33(4): 323-33.
10. Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2^a ed. Rio de Janeiro(RJ): Nova Fronteira; 2000. Fé; p. 316.
11. Ramos RS. Análise do arcabouço teórico jurídico do sistema único de saúde: representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem/UERJ; 2007.
12. Secretaria Municipal de Saúde (RJ). O Projeto Remédio em Casa [on-line]. 2005; [citado 27 dec 2007]; Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?editionsectionid=70&infoid=1695>
13. Castro VCG. A "porta de entrada" do SUS: um estudo sobre o sistema de internação em um município do Estado do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ; 2002.
14. Oliveira DC, Gomes AMT, Acioli S, Sá CP. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm 2007; 16(3): 377-86.
15. Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. Cad Saude Publica [periódico de internet]. 2002; [citado 15 jun 2008]; 18(supl): [aprox 13 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700004&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2002000700004.
16. Ferro RC, Lourenço LHSC, Almeida Filho AJ . Panorama das políticas públicas no setor saúde e a enfermagem na década de 1980. Esc Anna Nery Rev Enferm 2006 dez; 10(3): 487 - 93.
17. Cordeiro HA. O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. In: Amâncio Filho A, Moreira MCGB, organizadores. Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 1997. p. 14-17.
18. Ferla AA, Ceccim RB, Pellegrini MLM. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro(RJ): UERJ/IMS/ABRASCO; 2003 p. 61-88.

Nota

^a Pesquisa Financiada pelo CNPq – proc.: 402373/2005-7 e bolsa de iniciação científica CNPq.

Vale ressaltar que embora o SUS tenha significado avanços importantes e, de fato, tenha havido considerável melhoria em relação ao acesso às ações e aos serviços, consideramos que muito ainda precisa ser feito. Neste sentido, os profissionais de saúde necessitam estar cada vez mais comprometidos com o estabelecimento da saúde como direito do cidadão que a procura, e o Estado deve promover condições para que tanto estes profissionais quanto as instituições sejam capazes de oferecer uma assistência de qualidade à população.

Dessa forma, pretende-se que este trabalho abra espaço para que os usuários finais do sistema de saúde sejam ouvidos e possam expressar suas necessidades, assim como sua percepção do atendimento dessas necessidades e demandas colocadas ao serviço de saúde, uma vez que as suas percepções refletem o maior ou menor grau de aderência do sistema aos sujeitos que dele se beneficiam, em que pese as limitações do estudo, como a não possibilidade de generalização dos seus resultados e a compreensão de que a dinâmica de desenvolvimento do sistema de saúde tende a gerar novas percepções, o que exige, *per si*, a realização de outras pesquisas.